ESSAI

N° 72.

SUR

L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE

QUI SURVIENT PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 23 avril 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J. COMBAUD, de Riom,

Département du Puy-de-Dôme.

Occasio præceps.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Président.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Suppléant.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur.* / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS, *Examinateur.* / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUPUYTREN, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque, *Examinateur.*	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte), *Examinateur.*	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance, *Suppléant.*	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON ONCLE,

MON MEILLEUR AMI,

Docteur en Médecine de la Faculté de Paris.

J. COMBAUD.

A MONSIEUR

DEVAL,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Médecin des hospices, maison de justice, dépôt de la ville de Riom ; Membre-Adjoint correspondant de l'Académie royale de médecine.

Témoignage d'estime et de reconnaissance.

J. COMBAUD.

ESSAI

SUR

L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE

QUI SURVIENT PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

L'hémorrhagie utérine est un des accidens les plus redoutables dont les femmes en travail puissent être atteintes; il n'est aucun médecin qui n'ait été témoin d'un spectacle aussi effrayant que celui d'une malheureuse femme qui expire soudainement baignée dans son sang, au moment où elle commençait à goûter le bonheur d'être mère.

En choisissant ce sujet, je n'ai point la prétention de résoudre les difficultés qu'il présente; je désire m'éclairer, me bien fixer sur la nature de l'indication, sur le choix des moyens à employer dans les différens cas d'hémorrhagie qui peuvent exiger l'intervention de l'art.

Afin de procéder avec ordre, je diviserai mon travail en deux sections; dans la première, je traiterai de l'hémorragie qui survient pendant le travail de l'enfantement; dans la deuxième, je parlerai de celle que l'on observe après l'expulsion de l'enfant et de ses dépendances.

On a distingué les hémorrhagies utérines en *externes* ou *apparentes*, et en *internes* ou *latentes*, suivant que le sang s'écoule au dehors ou qu'il s'accumule dans la matrice. Je me conformerai à cette division, tout en observant qu'elle sert plutôt à établir le diagnostic qu'à baser les indications thérapeutiques, qui sont à peu près les mêmes pour l'une comme pour l'autre, sauf quelques modifications que j'indiquerai.

PREMIÈRE SECTION.

Hémorrhagie utérine qui survient pendant l'accouchement.

On voit à cette époque les hémorrhagies utérines atteindre les femmes de toutes les constitutions, de tous les tempéramens, celles qui sont fortes, pléthoriques, dans un état de santé parfaite, comme celles qui ont une habitude de corps faible, débile, lymphatique; cependant, les femmes chez lesquelles l'hématose est considérable et le système nerveux très-irritable en sont peut-être plus fréquemment atteintes que les autres; des accouchemens fréquens, et à des intervalles de temps très-rapprochés habituent pour ainsi dire l'utérus aux congestions sanguines, et le mettent dans les conditions les plus favorables aux hémorrhagies. L'abus des boissons excitantes, des emménagogues, des bains chauds; les chagrins, les veilles prolongées, prédisposent aux hémorrhagies utérines, et même agissent comme cause efficiente si leur action est long-temps continuée.

Pendant la grossesse, des changemens considérables surviennent dans l'utérus; il acquiert une véritable augmentation de vitalité, et se trouve au moment de l'accouchement dans un état d'orgasme que l'on peut presque appeler une *hémorrhagie imminente*. Est-il surprenant que des causes qui dans toute autre circonstance seraient sans effets, puissent à cette époque agir directement ou sympathiquement sur l'utérus, et déterminer des hémorrhagies avec la plus grande facilité.

Je vais examiner successivement le décollement du placenta, la

rupture de la matrice, la rupture du cordon ombilical, que l'on a désignés comme cause immédiate de l'hémorrhagie.

1°. *Décollement du placenta.* Lorsqu'au moment de l'accouchement le placenta se décolle, les communications de l'utérus à cet organe sont interrompues, les bouches des vaisseaux qui établissaient cette communication restent béantes et versent le sang; mais ces bouches ont-elles l'énorme calibre qu'on leur a attribué?

Le mode d'union de l'utérus et du placenta a depuis long-temps occupé les anatomistes et les physiologistes, cependant, ni les uns, ni les autres ne sont parvenus à nous donner des idées claires sur la structure, les dimensions de ces parties; ce n'est point ici le cas d'exposer avec détail les résultats de leurs recherches, je me bornerai à donner un aperçu de ceux qui peuvent éclairer la question que je viens de poser, et j'en tirerai quelques conséquences, que je présenterai sous la forme de doute; je sens moi-même la nécessité de les confirmer par des observations plus nombreuses et plus directes.

M. *Velpeau*, dont les savantes recherches sur l'embryogénie doivent donner un grand poids à chacune de ses opinions sur cette matière, pense qu'il n'existe aucune communication vasculaire entre l'utérus et le placenta, et que ce corps, appliqué seulement à la surface utérine, y puise des matériaux susceptibles de se transformer en un sang accommodé à la délicatesse des organes de l'enfant. (Leçons orales sur les accouchemens.)

Tout récemment M. *Lauth* fils a fait avec le plus grand soin des recherches anatomiques sur la connexion du placenta avec l'utérus; les résultats qu'il a obtenus l'ont conduit à admettre : qu'il n'existe pas de communication directe entre les vaisseaux utérins et ceux du placenta, que la seule qui soit possible est celle qui se ferait par des vaisseaux qui présentent tous les caractères des lymphatiques, et qui, se terminant dans les vaisseaux sanguins de l'un de ces organes, paraissent être greffés par leur origine sur ceux de l'autre.

Je ne dois point ici discuter le degré de fondement de ces opinions;

je me borne à faire remarquer que si ces connexions vasculaires étaient aussi larges qu'on l'a généralement pensé, elles n'auraient certainement pas échappé à ces expérimentateurs distingués.

Il est bien vrai que M. *David Willam*, de Liverpool, ayant fait parvenir des injections huileuses de l'aorte ventrale de la mère au cordon ombilical, en conclut que le passage de l'huile ne s'est probablement pas opéré à travers un organe sécréteur, mais par des vaisseaux qui, probablement encore, sont assez larges pour permettre la circulation des globules rouges du sang. Les recherches de M. *Lauth* donnent l'explication anatomique de ce résultat; le passage de l'injection a dû s'opérer par les petits vaisseaux qu'il appelle *lymphatiques.*

Si, sur l'utérus d'une femme morte d'hémorrhagie, on examine attentivement la portion d'où s'est échappé le sang, il est impossible de découvrir les bouches des vaisseaux. Une seule fois j'ai pu faire cette expérience; j'examinai avec le plus grand soin toute la cavité de l'utérus, soit à l'œil nu, soit avec une loupe; ne trouvant rien, j'y renonçai, croyant n'avoir pas réussi par défaut d'habitude dans ces sortes de recherches : mais, depuis, j'ai entendu M. *Velpeau* assurer, dans ses leçons sur les accouchemens, que malgré l'attention avec laquelle il a dirigé les recherches les plus minutieuses, il n'a jamais trouvé que de simples porosités.

Cependant les résultats heureux des injections pratiquées par M. *David William* ne laissent aucun doute sur l'existence d'une communication directe entre l'utérus et le placenta; mais il est très-probable que cette communication a lieu par une multitude de petits vaisseaux très-fins, et non par des vaisseaux d'une grande dimension.

Une question se présente naturellement ici : Comment se fait-il que, dans un très-court espace de temps, il s'écoule une si grande quantité de sang? Il me semble que l'étendue de la surface par laquelle le sang s'échappe suffit pour expliquer l'hémorrhagie la plus abondante, surtout en se rappelant quelle énorme quantité de sang aborde l'utérus, et avec quelle facilité et quelle rapidité il y circule.

Le décollement du placenta est quelquefois la cause immédiate de l'hémorrhagie : ainsi des coups sur l'abdomen, une chute, peuvent imprimer à cette masse une secousse assez considérable pour en opérer le décollement. Ce cas se présente fort rarement, parce que la cavité de l'utérus étant exactement remplie par l'œuf, le placenta se trouve soutenu de toutes parts, et peut être difficilement ébranlé. Le cordon ombilical peut être naturellement ou anomalement trop court; il résulte de cette disposition qu'au moment où le fœtus commence à s'avancer dans le conduit vulvo-utérin, le cordon est fortement tiraillé, tendu, et par suite le placenta se détache. Enfin, lorsque les membranes sont trop denses, il arrive quelquefois que la tête entraîne avec elle, au moment où elle franchit la vulve, une portion de ces membranes ; l'on dit alors que l'enfant est né coiffé : mais cette coiffe n'a pu être ainsi entraînée sans des tiraillemens violens, qui peuvent être cause d'une hémorrhagie en donnant lieu à la séparation prématurée du placenta.

Si, dans ces cas-là, le décollement se fait primitivement et est la cause immédiate de l'hémorrhagie, il arrive bien plus souvent, dit M. *Desormeaux*, que c'est le sang qui, en faisant effort pour sortir de ces vaisseaux, rompt les adhérences du placenta. On voit alors se développer préalablement tous les signes qui manifestent une congestion sur l'utérus, et souvent en même temps les symptômes avant-coureurs des hémorrhagies.

Au premier abord, il semblerait qu'une hémorrhagie utérine ne peut avoir des suites fâcheuses; l'utérus, en se contractant, doit froncer, diminuer, oblitérer même les canaux vasculaires d'où s'échappe le sang. Cela est vrai, en effet, toutes les fois que rien ne s'oppose à son entière rétraction; mais malheureusement le placenta est souvent décollé avant que les contractions soient assez énergiques pour dilater le col et expulser le fœtus, ou bien ce fœtus est d'une grosseur excessive, situé de manière à ce que l'accouchement ne puisse se terminer par les seules forces de la nature. Le bassin de la mère peut présenter quelque vice de conformation; il est physique-

ment impossible que l'utérus revienne sur lui-même ; un obstacle mécanique maintient ses parois écartées ; ses forces sont insuffisantes pour s'en débarrasser ; et si l'on ne vient à son secours, le sang pourra s'écouler jusqu'à la dernière goutte.

Il est un cas d'hémorrhagie qui a des caractères particuliers, et auquel une partie seulement des considérations précédentes est applicable : ce cas, qui se rencontre assez fréquemment, est celui de l'implantation du placenta sur la surface interne du col de l'utérus. Le décollement, la déchirure du placenta sont les causes de l'hémorrhagie ; ce décollement est de l'essence même de la parturition (*Gardien*), il est inévitable dès le moment où les contractions se manifestent. Le placenta ne pouvant suivre le développement rapide de l'utérus, sa surface utérine est tiraillée, déchirée, il en résulte une hémorrhagie. L'utérus, fortement irrité, livre passage au sang, que cette irritation a accumulé dans ses vaisseaux ; ou, si les points d'adhérence résistent, les canaux vasculaires qui parcourent la substance du placenta se déchirent, et fournissent du sang avec une abondance et une rapidité effrayante.

Rupture des vaisseaux ombilicaux. On a pensé que l'hémorrhagie pouvait survenir, soit qu'un des vaisseaux s'ouvrît par suite d'une lésion organique, soit que le cordon ombilical se déchirât par l'effet d'une violence extérieure.

1°. *Delamotte* seul a vu une hémorrhagie survenir par suite de lésion organique ; un vaisseau du cordon offrait une ouverture qui paraissait comme une excoriation qu'aurait soufferte une de ces espèces de nœuds qui se trouvent souvent à la veine ombilicale, au travers de laquelle le sang passait visiblement, plutôt par transsudation que par rupture. Je ne sais jusqu'à quel point est fondée la possibilité d'une hémorrhagie, qui s'est faite probablement à travers la tunique d'une veine, dans l'étendue d'une lentille environ, et qui a été assez abondante pour compromettre l'existence d'une femme sans

foudroyer premièrement l'enfant, qui a nécessairement fourni la plus grande partie du sang.

2°. Beaucoup d'accoucheurs rejettent la possibilité d'une hémorrhagie provenant de la rupture d'un vaisseau du cordon par suite d'une violence; il faut avouer qu'aucun fait ne l'établit d'une manière incontestable. L'observation rapportée par *Levret* n'est rien moins que concluante. « Je comptais, dit-il, que le placenta s'était décollé, mais ma surprise fut des plus grandes quand je reconnus que c'était le cordon ombilical qui s'était déchiré. Je portai de suite la main dans la matrice, à dessein d'en séparer le placenta; mais il ne me fut pas aisé de le distinguer, tant il y avait de caillots dans cet organe : j'en vins cependant à bout, quoique avec beaucoup de difficultés.» Il est à présumer qu'il fut impossible à *Levret* de reconnaître à travers les caillots si le placenta était décollé ou non, et qu'il ne chercha même pas à le faire, pensant que la rupture du cordon expliquait l'hémorrhagie d'une manière satisfaisante; ensuite, l'enfant étant venu au monde mort, rien ne prouve que l'hémorrhagie n'a pas eu lieu à ses dépens. Dans une autre observation, rapportée par M. *Ollivier*, l'écoulement du sang a bien eu lieu par la portion du cordon appartenante au placenta. Mais peut-on donner à cet écoulement le nom d'*hémorrhagie?* Voici l'observation telle que M. *Ollivier* l'a rapportée à l'article *Œuf* du Dictionnaire de médecine. « J'ai eu l'occasion d'observer récemment un œuf abortif de cinq semaines environ, dont l'expulsion prématurée a été produite par la mort de l'embryon, laquelle a eu lieu par suite de la rupture du cordon à son insertion à l'abdomen. L'extrémité libre du cordon était comme contractée sur un petit caillot de sang rougeâtre; il y avait dans la cavité de l'amnios une petite masse globuleuse libre, également rougeâtre, et qui paraissait n'être aussi qu'un caillot fibrineux concret, résultant de l'hémorrhagie, qui avait dû nécessairement exister au moment de la séparation du cordon. »

Rupture de l'utérus. Cette rupture, suite des efforts trop violens auxquels s'abandonne la matrice, est encore une cause, quoique assez

rare, d'hémorrhagie ; elle peut avoir lieu dans tous les points et dans tous les sens, cependant sans que l'on puisse en donner la raison ; il paraît que le fond, les côtés et le col sont le plus ordinairement le siége de cet accident.

Lorsque les membranes sont encore intactes, quelles sont les causes qui peuvent rendre une hémorrhagie interne ou externe? La plupart des auteurs ont pensé qu'elle est externe toutes les fois que l'épanchement se fait au centre du placenta, le sang étant retenu et accumulé dans le cul-de-sac formé par cet organe et l'utérus ; et qu'elle est externe toutes les fois que le sang provient des points de l'utérus correspondans à la circonférence du placenta ; alors il gagne l'orifice du col en décollant peu à peu de la surface utérine, la portion correspondante de la membrane caduque ; cette assertion n'est vraie que jusqu'à un certain point ; car il peut très-bien se faire qu'une hémorrhagie très-abondante qui commence au centre du placenta décolle un de ses bords et devienne facilement externe, tandis qu'une hémorrhagie de la circonférence peu abondante peut fort bien rester interne.

Après la rupture des membranes, l'accumulation du sang dans la cavité de l'utérus tient à d'autres circonstances ; c'est ordinairement un caillot qui, ayant contracté une adhésion intime avec les parois de l'utérus, en ferme complètement l'orifice, ou c'est la tête du fœtus qui, appuyant sur ce même orifice, fait l'office du tampon.

Le diagnostic de l'hémorrhagie externe est si facile à établir qu'il serait superflu d'en parler.

Quoiqu'il soit moins facile de constater l'existence d'une hémorrhagie interne, il est bien rare qu'un médecin attentif ne la reconnaisse pas en voyant se développer d'abord tous les symptômes qui annoncent une congestion sur l'utérus, ensuite tout ceux qui accompagnent les grandes évacuations sanguines. La femme éprouve une chaleur considérable, une sorte de prurit dans l'intérieur des organes génitaux ; des tiraillemens, des lassitudes dans les aines ; de la pesanteur à l'hypogastre, aux lombes, dans l'excavation pelvienne ;

enfin le sang s'échappe des vaisseaux où il était accumulé, elle se sent soulagée; tous ces signes forment un ensemble tellement caractéristique, qu'il n'est guère possible de s'y tromper; mais les symptômes qui annoncent une congestion sur l'utérus manquent très-souvent, et on ne les rencontre jamais lorsque le décollement du placenta est la cause immédiate de l'hémorrhagie. Les symptômes généraux peuvent seuls alors donner la mesure des dangers que court la femme; elle se plaint d'un sentiment de défaillance, de tiraillement à l'estomac; elle éprouve des frissons, une envie insurmontable de bâiller; elle pâlit; le ventre augmente sensiblement de volume: si les douleurs de l'enfantement se font sentir, elles sont faibles, éloignées les unes des autres, et s'éteignent à mesure que le sang s'accumule. Enfin la matrice, de plus en plus distendue et irritée par la présence du sang, se contracte, déchire les membranes et donne issue aux eaux de l'amnios, qui entraînent avec elles du sang liquide ou en caillot, suivant que l'hémorrhagie est récente ou ancienne. Cette expulsion de sang est le signe le plus sensible d'un épanchement intérieur; mais une pareille expulsion n'a souvent lieu qu'après la sortie du fœtus ou de ses dépendances.

Les signes qui annoncent l'implantation du placenta sur la surface interne du col de l'utérus sont rarement obscurs. Si une hémorrhagie s'étant manifestée dès le sixième ou septième mois de la grossesse s'est arrêtée et renouvelée plusieurs fois, et qu'au moment du travail le sang sorte rouge, liquide, et en plus grande abondance pendant les contractions utérines, on aura tout lieu de soupçonner l'implantation du placenta; et si, en pratiquant le toucher, on trouve les lèvres de l'orifice plus épaisses et plus molles que dans les cas ordinaires, et que l'orifice lui-même soit occupé en totalité ou en partie, selon que l'implantation est centrale ou latérale, par un corps mollasse spongieux dont la moindre pression exprime le sang, on peut prononcer hardiment que l'hémorrhagie dépend de cette situation vicieuse du placenta.

Il suffira de rappeler ici qu'un ulcère carcinomateux du col de

l'utérus peut simuler cette implantation. *Denmann* rapporte qu'une malade parvenue au terme de sa grossesse eut une hémorrhagie si abondante, qu'elle expira avant que l'on ait pu lui porter aucuns secours. A l'ouverture du cadavre, il trouva une tumeur fongueuse, qu'il avait prise pour le placenta implanté sur l'orifice.

Les symptômes qui caractériseraient la rupture du cordon ne sont pas connus, et je crois qu'avant l'expulsion de l'enfant il est impossible d'en constater l'existence.

La rupture de l'utérus est accompagnée de circonstances qui ne permettent guère de la méconnaître. Au moment d'une forte contraction, la femme éprouve la sensation d'une déchirure intérieure; une chaleur douce se répand dans tout l'abdomen; mais bientôt elle pâlit, son pouls s'affaiblit, elle tombe en syncope; ordinairement au même instant il paraît par la vulve un écoulement de sang plus ou moins considérable.

Rigby pense que, pour apprécier le danger de l'hémorrhagie utérine, pour décider les moyens que l'on doit employer, c'est moins la quantité de sang qu'a perdu la femme qu'il faut considérer que les effets que produit la perte sur le système général. Chez certaines femmes, la perte de quelques onces de sang produit des symptômes alarmans, tandis que d'autres supportent la perte de plusieurs livres de ce fluide sans en être sensiblement affectée.

Ordinairement elle ne devient bien inquiétante que dans le cas où le travail une fois commencé s'affaiblit par degré, et finit même par cesser complètement.

Celle qui a pour cause l'implantation du placenta sur le col fait courir de grands dangers à la mère, mais surtout à l'enfant, qui périt presque toujours. Si dans ce cas là les douleurs s'éteignent, et si le sang cesse de couler, la femme est sur le bord de la tombe, et l'enfant le plus ordinairement a déjà succombé.

Quelle que soit l'espèce d'hémorrhagie, les indications à remplir sont les mêmes : ralentir, s'il est possible, l'afflux du sang vers l'utérus, déterminer le resserrement des vaisseaux de cet organe.

La conduite à tenir pour satisfaire à ces indications doit, en général, être subordonnée à l'état du col de l'utérus, au lieu d'insertion du placenta et à l'intensité de l'hémorrhagie.

Dans le premier temps du travail, si le col est à peine dilaté, et que l'hémorrhagie soit peu considérable, on cherchera à ralentir le cours de la circulation; on exposera la femme à l'air frais; on la fera coucher dans une position horizontale, le bassin plus élevé que le reste du corps; on la couvrira légèrement; on lui recommandera le repos le plus absolu; on lui fera prendre quelques boissons rafraîchissantes, telles que de la limonade, de l'eau à la glace; on appliquera sur l'hypogastre, les cuisses et la vulve, des compresses trempées dans de l'eau très-froide ou de l'oxycrat : M. *Desormeaux* observe qu'il faut en même temps avoir le plus grand soin de s'opposer au refroidissement de l'extrémité des membres.

La pléthore générale est une des prédispositions les plus communes; cette hémorrhagie en serait elle-même le remède le plus efficace, si l'on pouvait espérer de l'enrayer à volonté, ou de terminer l'accouchement en peu d'instans lorsqu'on croira devoir le faire; mais cet espoir est souvent perfide, des difficultés imprévues se présentent, et la femme succombe avant que l'on ait pu lui porter aucun secours. Une saignée révulsive présente tous les avantages de l'hémorrhagie, sans faire courir les mêmes chances; on ouvre une des veines du bras, on y pratique une très-petite ouverture, et, pour produire un effet révulsif plus assuré, *Rivierre* conseille de ne laisser couler le sang que lentement et à plusieurs reprises, en tenant le pouce appliqué sur l'ouverture de la veine. L'expérience a semblé confirmer l'utilité de ce précepte, M. *Desormeaux;* on aura ensuite recours aux différens révulsifs, afin d'attirer vers un point éloigné le mouvement fluxionnaire, l'effort hémorrhagique dirigé vers l'utérus.

Ces moyens suffisent très-souvent pour modérer l'hémorrhagie et même l'arrêter définitivement; mais s'ils échouent, solliciter l'accouchement ou le terminer en allant à la recherche des pieds, sont les seules ressources qui restent pour sauver la femme. Le choix de l'un

ou de l'autre de ces moyens est déterminé par l'état du col de l'utérus: s'il est assez aminci et dilaté pour que l'on soit sûr que l'accouchement se terminera de suite après, on ouvre la poche des eaux; la matrice se resserre graduellement, l'hémorrhagie s'arrête le plus ordinairement, et l'utérus, en se contractant sur le fœtus, ne tarde point à l'expulser, s'il est bien situé.

Mais si le col conserve encore de l'épaisseur, si l'orifice n'a éprouvé aucune dilation, c'est le cas de solliciter l'accouchement; il faut alors, autant que possible, imiter la lenteur de l'accouchement spontané. La méthode douce et ingénieuse de *Puzos* convient parfaitement; on commence par dilater graduellement l'orifice utérin avec les doigts, en employant des forces proportionnées à la résistance, pendant que de l'autre main on pratique sur l'hypogastre des frictions avec des linges chauds : on suspend de temps en temps l'opération. Lorsque par ces manœuvres l'on est parvenu à ranimer les douleurs, et que la poche des eaux est suffisammant formée, on la rompt pour procurer leur écoulement. Le vide occasionné par la sortie des eaux de l'amnios suffit quelquefois pour diminuer la perte et même la suspendre, surtout si la matrice conserve assez d'énergie pour se resserrer immédiatement après, et venir s'appliquer sur le corps du fœtus. Si après la sortie des eaux les douleurs augmentent, si la perte diminue ou s'arrête et que l'enfant se présente dans une bonne position, il faut laisser à la nature le soin de terminer l'accouchement. Par cette conduite méthodique on peut prévenir l'inertie de la matrice et la déchirure du col de ce viscère, accidens qui sont presque inévitables, lorsqu'à l'exemple des anciens on dilate le col avec violence et termine l'accouchement d'une manière brusque.

Mais si après la rupture des membranes le sang coule encore, on va de suite à la recherche des pieds, on les amène au-dehors, et l'on suspend la manœuvre; l'on tire ensuite jusqu'à ce que les hanches paraissent, et on attend encore. Cette manière d'agir présente l'avantage incontestable de laisser à l'utérus, dont l'inertie est imminente ou la contraction affaiblie, le temps et la facilité de se livrer à des

contractions que l'on s'efforce de rendre plus intenses par des frictions répétées sur le globe utérin et des applications réfrigérentes; enfin les contractions ont-elles repris quelque énergie, la matrice se resserre et expulse l'enfant, ou bien l'on en fait soit-même l'extraction. Le conseil de quelques praticiens, d'attendre aussi lorsque la poitrine est engagée, sans être d'un grand avantage pour la mère, peut compromettre les jours de l'enfant, en l'exposant à la compression du cordon ombilical. Mais s'il était impossible de dilater suffisamment l'orifice de l'utérus pour y introduire la main, et que la perte, ayant résisté à tous moyens employés, fût assez abondante pour faire craindre pour les jours de la femme, la méthode de *Puzos* devient impraticable. Il faut employer le tampon; ce moyen mécanique ne peut point arrêter directement l'hémorrhagie, mais sa présence, ou les caillots dont il détermine la formation, raniment, excitent les contractions de l'utérus, et donnent à cet organe les moyens d'opérer la dilatation de son orifice.

Lorsque l'hémorrhagie dépend de l'insertion du placenta sur le col de l'utérus, le sang coule jusqu'à ce que l'accouchement soit terminé; tous les efforts de l'accoucheur doivent donc tendre à abréger la durée du travail. Il n'est aucun cas où le tampon soit mieux indiqué; il peut suspendre momentanément l'hémorrhagie, en déterminant la formation d'un caillot, ou amener des contractions plus énergiques, et par conséquent une dilatation plus rapide du col. Lorsque l'implantation du placenta est centrale, et que cet organe est décollé d'un côté, on le soulève pour favoriser la formation de la poche des eaux: la compression ainsi exercée a souvent suffi pour arrêter l'hémorrhagie. Mais il serait imprudent de trop compter sur ces moyens; le pouls de la femme doit être la boussole de l'accoucheur; s'il s'affaiblit, il faut aussitôt décoller le placenta, pénétrer dans la cavité de l'utérus et amener l'enfant par les pieds. Quelques praticiens pénètrent dans l'utérus à travers la substance du placenta : en agissant ainsi, on déchire les racines du cordon ombilical, ces vaisseaux rompus ajoutent encore à l'hémorrhagie, et pour peu que la version de

l'enfant soit retardée, il meurt exsangue ; ou, si l'on parvient à amener promptement les pieds, on éprouve tant de difficultés à entraîner le tronc ou la tête au travers de cette masse, que l'enfant succombe victime des tiraillemens opérés sur la colonne vertébrale, ou des accidens qu'entraîne un trop long séjour au passage.

Si, au moment où l'on est appelé pour une hémorrhagie utérine, la tête se trouve déjà engagée dans l'excavation du bassin, et surtout si elle a franchi l'orifice de la matrice, il est convenable d'appliquer promptement le forceps.

M^me^. *Boivin* pense que l'on ne doit jamais tenter d'extraire l'enfant par les pieds, mais appliquer le forceps, lorsque c'est la tête qui se présente, que les membranes sont rompues, et que l'utérus est fortement contracté sur le corps de l'enfant.

Quant à l'hémorrhagie qui suit la rupture du corps de la matrice, l'on sent que c'est moins de l'hémorrhagie que de la rupture elle-même dont l'on doit s'occuper. Le déchirement de l'orifice de cet organe a rarement des suites fâcheuses ; le tampon agissant directement sur le point lésé est un moyen héroïque lorsqu'elle donne quelque inquiétude.

DEUXIÈME SECTION.

Hémorrhagie utérine qui survient après l'accouchement.

Après l'expulsion de l'enfant, l'on doit s'attendre, en général, à une hémorrhagie, lorsque la femme a éprouvé le même accident dans sa grossesse ou les accouchemens précédens ; lorsque le travail a été long, et qu'on a été obligé d'employer des manœuvres plus ou moins violentes pour opérer l'accouchement ; lorsque la matrice a été fortement distendue pendant la gestation, soit par une trop grande quantité d'eau, soit par la présence de deux enfans, les fibres de l'utérus, dans ce cas trop fortement allongées, ne jouissent plus de leur ressort, de cette contractilité nécessaire à leur raccourcissement. Lorsque le bassin de la femme est trop large, la promptitude de la

sortie de l'enfant occasionne une déplétion trop subite de l'utérus, qui reste dans un état d'inertie et de relâchement.

Cette hémorragie survient dans deux circonstances différentes : ou l'utérus se contracte, revient sur lui-même ; mais irrité par une cause quelconque, il est devenu le siége d'une congestion qui fournit à une hémorrhagie abondante ; ou l'utérus conserve toute la dilatation qu'il avait avant l'expulsion de l'enfant, soit que sa contractilité étant totalement suspendue, il soit frappé d'une véritable inertie ; soit que, possédant encore toute son énergie contractile, il lutte vainement contre des obstacles qu'il ne peut vaincre ; tels sont, un second enfant, le placenta, ou un autre corps étranger. L'on sent que, dans ce dernier cas, il suffit d'aider la nature impuissante pour obtenir la cessation de l'hémorrhagie.

Cette hémorrhagie peut survenir dans d'autre circonstances, mais je crois qu'en pratique elles doivent toutes être ramenées à ces deux : la stimulation ou l'inertie de l'utérus ; ainsi le renversement de cet organe n'est évidemment qu'une complication ; l'inertie est la seule cause et du renversement et de l'hémorrhagie.

L'hémorrhagie qui a lieu par le cordon ombilical fait seule exception. Dans les cas de jumeaux, il y a souvent fusion des deux placentas en un seul, ou ils sont tout simplement réunis par quelques anastomoses vasculaires. Après la section du cordon du premier enfant, le sang jaillit par saccades sous l'influence du cœur du second ; dans le cas de grossesse simple, on l'a vu également jaillir de la portion du cordon attenante au placenta : dans ces deux circonstances, extrêmement rares, la ligature du cordon suffit toujours pour arrêter l'effusion du sang.

L'inertie ne reconnaît souvent d'autre cause que l'hémorrhagie survenue pendant le travail de l'enfantement, et qui se continue après : le sang ayant perdu de ses qualités stimulantes, n'excite plus les fibres utérines, elles restent dans l'inaction ; quelquefois on ne peut l'attribuer à d'autres causes qu'à la constitution faible de l'individu, à son affaiblissement par des maladies antérieures, à certaines

conditions générales qui nous échappent. Je ne répète point ici les causes dont j'ai parlé au commencement de cette seconde section.

Le volume, la flaccidité de cet organe, l'absence d'un corps dur et arrondi dans la région hypogastrique, la facilité avec laquelle on y introduit la main, sont les signes certains de cette inertie.

Quoiqu'elle puisse exister sans que la femme perde une goutte de sang, le plus ordinairement elle est suivie d'une hémorrhagie très-abondante et très-grave : par la rapidité avec laquelle elle donne la mort, elle mérite réellement le nom de *foudroyante*, qu'on lui donne généralement.

Si rien ne s'oppose à l'issue du sang au-dehors, l'hémorrhagie sera externe; mais si le placenta ou un caillot bouche l'orifice de l'utérus, ou si cet orifice s'est contracté avant le fond, le sang s'accumulera dans l'intérieur de la matrice.

Pour reconnaître une perte externe, il suffira de jeter les regards sur les parties de la génération.

Le début de la perte interne est tellement obscur et insidieux, que la femme peut être foudroyée avant que l'on ait seulement soupçonné le danger qui la menace : elle éprouve un bien-être qui en impose; elle sent beaucoup de propension au sommeil; si elle s'abandonne aux douceurs de ce sommeil perfide, et que les personnes qui sont autour d'elle, ignorant le danger qu'elle court, ne la surveillent pas avec la plus scrupuleuse attention, lorsqu'elle se réveille elle est dans un tel état de faiblesse, qu'elle peut à peine parler pour manifester ce qu'elle éprouve; si l'on ne vient promptement à son secours, le sang continue de couler, les syncopes se succèdent rapidement, le pouls s'affaiblit de moment en moment, ses yeux s'éteignent, ses lèvres se décolorent, elle n'entend plus, ne voit plus, ne parle plus; une douleur fixe se fait sentir à la partie postérieure de la tête, un délire fugace se manifeste, une sueur froide coule sur toute la surface de son corps, les convulsions et la mort viennent terminer cette scène déchirante.

Il faut donc, immédiatement après l'expulsion de l'enfant, appli-

quer la main sur l'hypogastre de la femme : si l'on y trouve un corps d'une forme arrondie, qui se durcit à mesure qu'il diminue de volume, l'hémorrhagie *latente* n'existe point et n'est même point à craindre; si, au contraire, on y sent un corps mollasse, flasque, qui s'accroît rapidement et se confond avec la masse des intestins, et si à ces signes viennent se joindre les symptômes dont nous venons de parler : nul doute, dit M. *Capuron*, que la matrice, au lieu de se contracter et de revenir sur elle-même, ne se remplisse de sang comme une outre, et que la femme ne risque de périr d'une hémorrhagie interne si l'on ne vient promptement à son secours.

La perte, qui ne reconnaît d'autre cause que l'irritation, ne peut recevoir ordinairement le nom exclusif d'*externe* ou d'*interne;* car en même temps qu'une certaine quantité de sang se trouve retenue dans la matrice, il y a aussi écoulement au-dehors; peu de temps après la sortie du placenta, on remarque le globe utérin dur, bien contracté, formant au-dessus du pubis une tumeur plus volumineuse que dans l'état naturel, quelquefois inégale : bientôt la matrice se contracte, et fait des efforts pour expulser le sang qui s'accumule dans son intérieur; ces contractions douloureuses se reproduisent à chaque instant avec violence, et cependant l'utérus n'expulse qu'une partie des caillots; la tumeur qu'il forme peut même augmenter de volume, mais en offrant toujours cette rénitence particulière qui n'existe pas dans les pertes utérines par inertie; si la femme n'est pas secourue à temps, les douleurs deviennent insupportables, elle s'agite, ne conserve plus de position, l'hémorrhagie persiste, elle tombe en syncope.

La nature de cette hémorrhagie consiste évidemment dans une stimulation quelconque de l'appareil utérin, et ce sont les femmes pléthoriques, d'une grande susceptibilité et d'une mobilité extrême, qu'elle frappe de préférence. Les causes déterminantes sont des manœuvres imprudentes et violentes pour terminer l'accouchement, l'utérus a pu être déchiré, froissé, ulcéré; l'excitation des organes digestifs, laquelle se répète sympathiquement sur la matrice; une température trop élevée; les passions vives, telles que la joie, la co-

lère, la frayeur. Ces hémorrhagies sont bien moins abondantes que celles qui sont dues à l'inertie; elles s'arrêtent souvent d'elles-mêmes, ou laissent le temps de recourir aux moyens les plus efficaces pour les combattre.

L'hémorrhagie qui reconnaît pour cause l'inertie de la matrice, jointe à la délicatesse de la femme, est le plus souvent mortelle; le péril est moindre et la cure plus facile si le sujet est jeune et robuste.

Le prognostic s'aggrave par les altérations organiques de l'utérus.

Il faut une grande habitude pour évaluer la quantité de sang qui s'est écoulée, et ne pas s'effrayer de voir plusieurs draps en être pénétrés : une petite quantité suffit pour produire cet effet.

Les femmes qui ont échappé à ces grandes hémorrhagies restent ordinairement dans un état de pâleur et de langueur qui durent des années entières, et qui sont plus ou moins promptement accompagnées du dérangement des fonctions digestives.

Le traitement de l'hémorrhagie utérine après l'accouchement varie selon qu'elle est due à la stimulation ou à l'inertie de l'utérus.

Les règles générales du traitement des hémorrhagies s'appliquent très-bien à celle qui tient à l'irritation, et les moyens généraux qu'on leur oppose suffisent ordinairement pour la combattre; plusieurs auteurs conseillent ensuite les ventouses, vésicatoires aux bras, aux lombes, afin d'attirer l'effort hémorrhagique : mais que peuvent des moyens qui opèrent si faiblement ou si lentement, quand il s'agit de remédier à un accident dont la femme peut être victime dans quelques momens. M. *Velpeau* a eu l'heureuse idée d'appliquer un large sinapisme à la région interscapulaire; c'est un révulsif qui agit avec une promptitude étonnante : les effets manquent rarement de se manifester au bout de quelques minutes ou d'un quart d'heure. (L'auteur pense que ce cataplasme est une des plus importantes ressources que l'on puisse mettre en usage, toutes les fois que la perte n'est point accompagnée d'une réaction générale trop marquée.)

Lorsque l'hémorrhagie est liée à l'inertie, l'on doit bien encore ra-

lentir le cours de la circulation ; mais le point important est de rendre aux fibres de l'utérus la contractilité qu'elles ont perdue, de dissiper l'inertie le plus promptement possible : si l'on vient à bout de remplir cette dernière indication, la femme est sauvée.

Les moyens généraux dont nous avons déjà parlé sont d'une indispensable nécessité ; quelquefois ils suffisent pour réveiller la matrice, et toujours ils concourent au succès de ceux qui tendent à agir d'une manière plus directe sur elle.

On frictionne la paroi antérieure de l'abdomen, afin de soutenir les contractions de la matrice; on fait des aspersions d'eau très-froide ; on applique des compresses trempées dans le même liquide, ou dans une solution de carbonate d'ammoniaque ; de la glace peut également être appliquée avec succès ; on fait en même temps pénétrer des injections de même nature dans l'intérieur de l'utérus.

On peut se borner à ces petits moyens, si la perte est peu abondante et ne compromet point l'existence de l'accouchée ; mais si elle augmente avec rapidité, et que le sang coule en quantité, d'autres secours deviennent nécessaires ; la main est alors le meilleur, le plus puissant moyen de déterminer la contraction de cet organe et la cessation de l'hémorrhagie. On la porte dans l'utérus, que l'on débarrasse des caillots qu'il peut contenir ; on l'y laisse séjourner jusqu'à ce que, par sa contraction, il la chasse, l'expulse avec le reste des caillots. Si la présence seule de la main ne suffit pas, on stimule, on agace toute la surface de la cavité utérine avec la pulpe des doigts.

Un médecin italien (*Bigeschi*) veut que l'on introduise une éponge fine imbibée d'oxycrat ou de vinaigre pur, que l'on promène cette éponge sur toute la région de la face interne de l'utérus. Ce moyen se rapproche beaucoup de celui qui a été imaginé par M. *Évrat*, et qui consiste à porter dans la matrice un citron dépouillé de son écorce.

Un citron ainsi préparé est certainement bien préférable à une éponge. L'acide citrique, que l'on exprime en le pressant entre les doigts, lancé de toute part sur les parois de l'utérus, les excite à se contracter avec d'autant plus d'énergie, que cet acide est introduit

pur, chose qu'il est impossible de faire lorsque l'on se sert d'une éponge, qui s'imbibe plus ou moins promptement de sang. Ce même citron, abandonné dans la cavité utérine, continue de laisser échapper de ses cellulosités le suc qu'il contient, jusqu'à ce que l'utérus l'expulse en achevant de se resserrer.

Leroux, de Dijon, veut que l'on tamponne le vagin avec de la filasse trempée dans de l'oxycrat, et *Bigeschi* conseille l'application simultanée de compresses larges et épaisses sur la région de l'utérus, et maintenues par un bandage serré. Cette dernière précaution n'est qu'illusoire, et ne peut nullement s'opposer à la dilatation de l'utérus par l'accumulation du sang dans sa cavité; le tampon lui-même ne convient jamais après un accouchement à terme.

On a introduit un morceau de glace que l'on a promené sur toute la surface de la cavité utérine.

D'après ce que je viens de dire sur la nature de cette hémorrhagie, il est superflu de montrer combien est ridicule le conseil qu'ont donné quelques praticiens, d'introduire dans l'utérus une vessie de cochon pour en comprimer directement les vaisseaux, au moyen de l'air qu'on y insuffle ou des liqueurs astringentes qu'on y injecte.

Pasta conseille de recourir, dans les cas extrêmes, aux injections avec l'alcohol, les acides sulfuriques et nitriques, dans l'intention de cautériser les vaisseaux et d'arrêter l'écoulement du sang par l'escharre qui se forme. De semblables moyens ne peuvent qu'occasionner des accidens très-graves, et même la mort; et il est probable, comme l'observe M^me^. *Boivin*, que *Pasta* n'a jamais fait usage de son infernal remède.

Dans les cas désespérés, M. *Capuron* veut qu'on arrose les membres thoraciques d'eau très-froide, qu'on place la femme sur le carreau et à l'air libre, qu'on verse sur elle des seaux d'eau glacée, qu'on la plonge même toute entière dans un bain froid. Ces moyens sont dangereux, et exposent à toutes les maladies qui suivent les refroidissemens subits; mais que faire dans une pareille circonstance? Doit-on

abandonner la femme à une mort certaine, dans la crainte de maux moins dangereux, et qui peut-être ne viendront point ?

Il faut, s'il est possible, dérober à l'accouchée la connaissance des dangers qu'elle court ; et lorsqu'elle connaît sa position, on doit feindre une sécurité parfaite sur le succès des moyens que l'on emploie.

Jamais le sang-froid et une détermination prompte ne furent plus nécessaires que dans ces cruels momens : la vie est prête à s'échapper ; un instant d'hésitation peut précipiter dans la tombe une mère de famille ou une jeune femme adorée de son époux. L'homme de l'art doit être entièrement étranger à ce spectacle déchirant, s'il veut conserver assez de calme pour faire une juste application des procédés de son art.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Sanguine multo effuso, convulsio, aut singultus superveniens, malum. *Sect.* 5, *aph.* 3.

II.

Labia livida, aut etiam resoluta, et inversa, et frigida, lethalia. *Sect.* 8, *aph.* 13.

III.

Mulieri menstrua si velis cohibere, cucurbitam quàm maximam ad mammas appone. *Sect.* 5, *aph.* 50.

IV.

Quæ perfrigerata sunt, ex calefacere oportet, præterquàm quæ sanguinem profundunt, aut sunt profusura. *Ibid.*, *aph.* 19.

V.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.